I.P.S. clínica San Rafael	NOMBRE TARJETA DE MEDICAMENTOS		CÓDIGO 03-FT-023
	TIPO DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSION 3
			FECHA VIGENCIA 06/07/2016

NOMBRE:

No. ADMISIÓN: **FECHA:**

FECHA	MEDICAMENTOS	DOSIS	VIA	HORA			HORARIO	OBSERVACIONES
				MAÑANA	TARDE	NOCHE		

INFUSIONES	

OBSERVACIONES:

COPIA CONTROLADA